

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

*PAR

Éline LÉAGE

Née le 12 mai 1900, à Saint-Etienne (Loire)
Externe des Hôpitaux

VINGT OBSERVATIONS
D'ALVÉOLYSE

ÉTUDE CRITIQUE

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Éline LÉAGE

Née le 12 mai 1900, à Saint-Etienne (Loire)

Externe des Hôpitaux

VINGT OBSERVATIONS
D'ALVÉOLYSE

ÉTUDE CRITIQUE

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET,
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU,
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LÉVY-SOLAL. . Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE CHÉRIE

Dont l'intelligente et active compréhension a été pour moi le soutien le plus sûr.

A MON FIANCÉ

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Remerciements très respectueux
pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant de présider notre
jury.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CHOMPRET

Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Chef des travaux stomatologiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de respect et de
profonde reconnaissance pour la
touchante sollicitude dont il a daigné
nous entourer.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ROUSSEAU-DECELLE

Stomatologiste de l'Hôpital Lariboisière
Professeur à l'Ecole Française de Stomatologie
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a accueilli avec grande
bienveillance dans son service.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde recon-
naissance pour les conseils qu'il
nous a donnés au sujet de cette
thèse.*

A MM. LES DOCTEURS DECHAUME ET SASSIER

Stomatologistes des Hôpitaux

*Pour l'extrême bienveillance et
les conseils qu'ils n'ont cessé de nous
donner.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

M. LE PROFESSEUR LEJARS
M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE DOCTEUR MICHON

Externat.

M. LE DOCTEUR TOUPET
M. LE DOCTEUR DARRÉ
M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY
M. LE DOCTEUR CHOMPRET

A M. LE DOCTEUR FREY

Stomatologiste honoraire des Hôpitaux
Chargé de Cours à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Dont nous garderons toujours un
souvenir ému et reconnaissant.*

A M. LE DOCTEUR BERCHER

Chirurgien des Hôpitaux militaires
Stomatologiste de l'Hôpital du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a guidé nos premières études
dans la médecine, nous l'a faite
aimer. En témoignage de profonde
reconnaissance et d'affectueux res-
pect.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

A MM. LES DOCTEURS DELAFONTAINE, RUPPE,
RAISON, OMNÈS, CROQUEFER, BRETON

VINGT OBSERVATIONS D'ALVÉOLYSE

INTRODUCTION

Rien n'est plus obscur encore que l'étiologie de l'alvéolyse et nous avons été frappé, au cours de l'examen de certains cas d'alvéolyse apparaissant dans un état de parfaite santé apparente, de l'intérêt qu'il y aurait à essayer de déterminer par un examen clinique général minutieux, aidé d'examens de laboratoire, le trouble profond et caché responsable de la maladie.

En un mot, nous n'avons pas voulu voir l'alvéolyse comme un signe isolé mais comme le signal symptôme d'une affection peut-être encore latente.

Il était intéressant de vouloir saisir ce trouble à son début. On en conçoit l'intérêt : immédiat, pour pouvoir appliquer à l'alvéolyse une thérapeutique étiologique, à distance ; pour prévenir dans la mesure du possible l'évolution d'une affection dont les manifestations pourraient avoir un pronostic vital plus sombre que la maladie que nous étudions.

Aussi dans notre thèse nous rapporterons une vingtaine d'observations de malades jeunes appa-

remment parfaitement bien portants et atteints indiscutablement d'alvéolyse.

Chez tous ces malades que nous avons suivis pendant 8 à 10 mois, nous avons fait un examen clinique et radiographique de l'état buccal ; la recherche des antécédents personnels et héréditaires, un examen clinique général aussi complet que possible, enfin des examens de laboratoire : sero-réaction de Bordet-Wasserman, une glycémie, un dosage d'urée, une cholestérinémie. Nous remercierons vivement M. Deval, chef de laboratoire de M. le Professeur Carnot, qui a bien voulu s'en charger.

Nous avons fait également le métabolisme basal, des examens d'urine avec le dosage de l'urée, de l'acide urique et les divers rapports urologiques ainsi que quelques intra-dermo-réactions à l'huile cholestérinée.

Nous avons répété quelques-uns de ces examens suivant les résultats obtenus et fait chez quelques-uns de nos malades des réserves alcalines, mais l'imperfection de notre technique ne nous a pas permis de les retenir.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES

Avant d'aborder l'étude des observations nous préciserons quelques points :

Pourquoi d'abord le terme alvéolyse ? Avec la majorité des auteurs nous bannirons le mot de « pyorrhée » qui est employé couramment pour désigner l'ébranlement progressif des dents aboutissant à leur chute. Ce mot pyorrhée n'indique qu'un symptôme qui n'est d'ailleurs ni constant, ni initial, puisqu'il existe des pyorrhées sans pus.

Nous préférons et nous retiendrons celui d'alvéolyse donné par notre maître. M. le D^r Rousseau-Decelle ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour nous avoir donné le sujet de notre thèse et avoir facilité notre travail. Ce terme d'alvéolyse exprime l'élément essentiel de cette affection : à savoir la résorption alvéolaire.

A vrai dire la lésion majeure et première, comme d'ailleurs les causes de l'alvéolyse ont été l'objet de nombreuses théories.

Tantôt on a voulu en faire une maladie infectieuse spécifique, mais, l'impossibilité où on a été de trouver un germe spécifique, la non-contagiosité de l'affection, la difficulté de reproduire l'alvéolyse

après inoculation de pus ont dû faire abandonner cette voie.

D'autres n'ont voulu y voir qu'une maladie locale due à des causes locales, parmi celles-ci le tarte a été longtemps seul incriminé, l'occlusion traumatique est restée un élément de valeur, et si, à elle seule elle ne peut tout expliquer, il faut lui garder sa place pour justifier le maximum des lésions à un endroit plutôt qu'à tel autre.

En fait, actuellement, deux notions semblent admises : d'abord celle de ne faire jouer à l'infection qu'un rôle secondaire, les lésions osseuses restant primitives. Les examens radiographiques que nous avons faits pour chacun de nos malades nous ont montré la réalité de telles assertions.

D'autre part l'alvéolyse reste le reflet d'un trouble de l'état général, ce n'est pas une maladie locale.

Son étude étiologique ne peut donc être tentée sans un examen complet général.

Cliniquement où voit-on l'alvéolyse ? Chez quels malades la rencontre-t-on ? Il faut le dire, dans des états pathologiques extrêmement variables.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence de l'alvéolyse et sa gravité au cours du diabète, de l'ostéomalacie.

Les différents états dits endocrino-sympathiques semblent être également responsables fréquemment de son apparition.

L'ovaire a une influence indéniable et les très belles observations de notre maître M. le Dr Rous-

seau-Decelle, celles également démonstratives données par Omnès dans sa thèse font apparaître le très grand rôle que joue l'ovaire dans l'alvéolyse au cours de la menstruation, de la grossesse et de la ménopause.

C'est la surrénale qui semble en cause dans l'alvéolyse apparaissant au cours de la maladie d'Addison, surtout dans les formes aiguës.

Dans l'hyperthyroïdie elle est fréquente et il n'est pas rare que dans la maladie de Basedow on trouve associés des polycaries et du « déchaussement des dents » mais ceci est noté plus souvent dans les états d'hypothyroïdie et Ferrier rapporte dans sa thèse quelques observations d'alvéolyse précoce chez des myxœdémateux.

Le rôle de l'hypophyse est vraisemblable dans la maladie de Simmonds ; il faut d'ailleurs bien savoir qu'il existe une synergie entre ces différentes glandes et il est probable que les « syndromes endocriniens communs » sont souvent en cause en matière d'alvéolyse.

Au cours des maladies du système nerveux, dans le tabès surtout, plus rarement dans la paralysie générale on note souvent la chute rapide et précoce des dents.

Mais les états pathologiques bien définis n'ont pas à eux seuls l'apanage de l'alvéolyse. On la trouve à l'état physiologique chez le vieillard, la chute spontanée des dents est un fait de sénilité dû à la résorption lente et progressive des maxil-

lares, résorption apparentée à celle qui se produit au niveau d'autres os tels que la tête fémorale.

On la trouve enfin chez des individus jeunes cette fois, et, en apparence de santé parfaite.

C'est pour ceux-là surtout que la majorité des auteurs invoque la question de terrain. Notre maître M. le Dr Frey donne de l'alvéolyse la définition suivante : « C'est une arthrite suppurée généralement poly-articulaire progressant du collet vers l'apex, dans laquelle la notion de terrain (arthritisme) reste au premier plan » ; cette notion de diathèse à la base, le fait que l'alvéolyse est généralement considérée comme une affection de la série dite arthritique a fait que nous nous sommes demandé, d'une part si elle était constante chez tous les sujets, d'autre part s'il était possible de la mettre en valeur, de l'objectiver soit par la recherche des antécédents personnels et héréditaires, soit par des examens de laboratoire.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous avons choisi pour nos observations des malades jeunes pour éviter autant que possible « l'âge critique » de la cinquantaine, l'âge des perturbations des sécrétions internes des glandes par rupture de l'équilibre endocrinien, l'âge où s'extériorisent par des manifestations diverses les conséquences de la sensibilisation lente et progressive de l'organisme par les auto-intoxications de toute nature comme l'écrit M. le Dr Rousseau-Decelle. Mais il faut bien le dire, nous avons été très gêné dans cette étude par l'im-

précision même du cadre nosologique que nous voulions étudier, l'arthritisme représente en effet un terme vague et presque impondérable, c'est une diathèse de nutrition, état virtuel, qu'une occasion transforme en un certain nombre de troubles qui en portent la marque.

« C'est une maladie floculente et précipitante résultant de l'instabilité des solutions humorales », écrit M. Lœper, maladie essentiellement chronique, ses manifestations aiguës sont précédées d'une longue phase de latence ; ce n'est alors qu'une maladie en puissance. C'est surtout à ce stade que nous avons vu nos malades. C'est pourquoi nous insisterons chez eux sur l'étude des antécédents, l'hérédité reste en effet dans cette matière prépondérante, on voit parfois survenir des manifestations arthritiques chez des sujets très jeunes quelques précautions qu'on ait prises à leur égard, il n'est pas besoin de dire que certaines races sont plus touchées que d'autres ; le régime alimentaire, les habitudes sédentaires, le surmenage cérébral constituent autant de facteurs prédisposants. Nous insisterons également quant à l'alvéolyse sur le rôle de la mastication ; elle serait capitale pour beaucoup d'auteurs. On a remarqué depuis longtemps en médecine vétérinaire l'absence absolue d'alvéolyse chez le chien du paysan à la mastication intense, par contre la fréquence de l'alvéolyse chez le chien des villes nourri aux bouillies et aux pâtées molles.

Quant aux symptômes de cette phase latente,

période qui peut être d'ailleurs fort longue et n'aboutir jamais à la phase de maladie constituée, ils sont assez discrets : ce sont surtout des phénomènes douloureux variés : céphalée, vertiges, rhumes et angines à répétition, crises de migraine, crises d'asthme vrai si souvent associés.

Telles sont très rapidement ébauchées les quelques notions étiologiques et symptomatiques à la base de la diathèse arthritique.

Peut-on actuellement formuler quelques notions pathogéniques. Volontairement nous n'énoncerons pas toutes les théories échafaudées autour de l'arthritisme, nous insisterons seulement sur quelques points de pathogénie actuelle. Une des caractéristiques les plus frappantes de l'arthritisme c'est la présence dans le sang de certaines substances en excès ; substances telles que l'urée, l'acide urique, oxalique, la cholestérine. Nous avons essayé de faire ces dosages pour chacun de nos malades.

Il faut bien savoir d'ailleurs que l'augmentation de l'acide urique qui est de 0,05 à l'état normal est surtout marquée dans la goutte où on en note des chiffres voisins de 0,08. L'acide oxalique est très souvent augmenté dans nombre d'états arthritiques ; normalement de 0,02 il peut être porté à 0,07-0,10 et même plus.

L'urée est souvent aussi en excès. L'hyperglycémie atteste encore le rôle prépondérant que joue le foie, à tel point qu'on a voulu en faire l'élément essentiel concourant à déterminer la viciation humo-

rale caractéristique de l'arthritisme. A vrai dire, tous les organes contribuent à augmenter « l'encombrement humoral ». La peau et les reins, surtout, dont le rôle dans la rétention de l'acide urique est majeur, l'intestin aussi, qui élimine une proportion de chaux insuffisante, le foie enfin qui, outre la fixation défectueuse de l'albumine ne détruit pas la cholestérine ou l'élimine de façon anormale.

Telles sont les différentes manifestations humorales les plus marquantes, mais il faut bien le dire elles sont surtout le fait de la maladie à l'état confirmé, c'est-à-dire au cours des différents accidents qui en sont les conséquences.

Beaucoup plus malaisée est l'exploration du terrain arthritique, c'est-à-dire de la maladie avant qu'elle n'apparaissent ses manifestations.

En fait c'est souvent à ce stade si l'alvéolyse doit rentrer dans le cadre de la série arthritique, que nous avons examiné nos malades. Et dans cette période s'il est possible de trouver déjà la tendance à l'encombrement humoral et l'augmentation de certaines substances ce n'est pas un fait évident.

C'est pourquoi M. Loeper conseille comme excellente technique les intra-dermo réactions à la cholestérine « qui seules permettent de mettre en évidence la tendance latente à la précipitation de ces sujets arthritiques »

OBSERVATIONS

Observation N° 1 (Personnelle).

M. L... T. H., de nationalité chinoise, 30 ans, étudiant en médecine, nous est envoyé le 16 janvier 1931, pour alvéolyse, il est traité d'ailleurs dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis depuis quelques mois.

Début il y a deux ans par quelques signes fonctionnels : sensation d'agacement, de gêne, douleurs légères, minime suppuration au niveau du groupe molaire supérieur.

Ce début ne coïncide avec aucune affection d'ordre général.

M. L... est habituellement en bonne santé. A noter seulement une asthénie légère depuis quelques mois.

Rien à signaler au point de vue gastro-intestinal, jamais d'ictère ni de subictère, mais nausées fréquentes jointes à une impossibilité de supporter les graisses et à un manque fréquent d'appétit. Régime alimentaire normal à tendance végétarienne. Mastication rapide et insuffisante. Pas de troubles endocrino-sympathiques.

Rien d'articulaire ni de cutané, si ce n'est une acné persistante

Aucun antécédent, ni pulmonaire, ni cardiaque.

On ne peut avoir aucun renseignement sur l'état dentaire

des parents, mais le père du malade serait un diabétique de longue date.

EXAMEN DU MALADE LE 16 JANVIER 1931.

Examen de la cavité buccale. — Gencives épaisses et granuleuses, de teinte normale, dures, rétractées dans l'ensemble. La pression au collet fait sourdre un peu de pus. L'examen à la sonde permet de mesurer la profondeur des culs-de-sac, qui est minime. Aucune région n'est plus particulièrement atteinte. Toutes les dents existent, sans aucune carie.

L'articulé est normal. Pas de pigmentation, pas de leucoplasie commissurale. Langue normale.

Radiographie. — Affaissement des ponts osseux interdentaires, mais léger, aussi marqué au groupe incisif qu'au groupe molaire.

Examen général. — Cœur normal. T. A. 12-8. Pouls 88.

Poumons normaux.

Foie et vésicule normaux.

Rate non percevable.

Rien de particulier dans l'exploration du système nerveux.

Pas de troubles vaso-moteurs.

Examen cutané. — Acné juvénile, face et région dorsale.

Les phanères sont normaux.

Pas de signes de dysthyroïdie.

Pas de signe de syphilis héréditaire, ni acquise.

Laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Azotémie	0,46
Cholestérinémie	1 gr. 38
Glycémie.....	1 gr. 35

Métabolisme basal : 3,79 au-dessus de la moyenne normale.

On suit le malade régulièrement depuis cette date.

Forme à évolution très lente. Suppuration très peu marquée.

Juin 1931. — Azotémie : 0,45.

En août et septembre, le malade fait une cure de raisins dans le midi de la France. A son retour notable amélioration des lésions, ni suppuration, ni mobilité, l'aspect gingival reste modifié dans l'ensemble.

Azotémie.....	0 gr. 325
Oxalémie.....	0 gr. 04

Observation N° 2 (Personnelle).

M. M..., 44 ans, commis des Postes, nous est envoyé le 8 mai 1931, à l'hôpital Saint-Louis.

Début il y a environ 2 ans, aucun signe fonctionnel ne l'annonce. Seules quelques hémorragies gingivales et l'apparition de pus l'inquiètent.

M. M... est apparemment en bonne santé.

Aucun trouble, ni gastro-intestinal, ni hépato-biliaire, mais il est très nerveux, irritable, émotif, sans que ces signes se soient exagérés depuis quelques mois.

Aucune lésion articulaire, mais eczéma de la face ayant apparu en même temps que l'alvéolyse, au dire du malade. Aucune autre lésion cutanée.

Pas de troubles pulmonaires, pas d'asthme, mais migraines fréquentes.

Dans la jeunesse du malade, furonculose récidivante.

A 23 ans, bronchite chronique, sans doute bacillaire, a nécessité plusieurs mois de repos, aucun examen de laboratoire n'a été fait. Père obèse et rhumatisant, n'avait presque plus de dents. Mère en bonne santé.

EXAMEN DU MALADE.

Buccal. — Gencives tuméfiées, très dures, granuleuses, épaissies, de teinte rouge foncé.

Toutes les dents sont presque également touchées. Suppuration assez abondante mais culs-de-sac peu profonds. Mobilité peu marquée.

Au maxillaire inférieur, toutes les dents existent, sauf la 1^{re} grosse molaire inférieure gauche, extraite en 1910. Une seule est traitée.

Au maxillaire supérieur, toutes les dents sont là, sans aucune carie.

Articulé normal.

Radiographie. — On est frappé par l'absence de parallélisme entre la raréfaction osseuse et l'intensité des réactions gingivales. La résorption existe, mais discrète, avec un maximum dans la région incisive inférieure.

Examen général. — Cœur normal. T. A. 12-8. Pouls 96.

Poumons normaux, aucune trace de la lésion pulmonaire ancienne.

Foie et vésicule sont normaux.

Rate non perceptible.

Rien de particulier à l'examen du système nerveux.

Aucune lésion cutanée.

Pas de varices.

Hémorroïdes depuis 1918, évoluant par poussées, il ne persiste actuellement qu'un bourrelet discret.

Rien aux cheveux, poils et ongles.

Des signes de dysthyroïdie, on ne retrouve qu'un léger tremblement, le pouls est à 91 à plusieurs examens.

Il n'y a pas d'exophtalmie, la palpation du corps thyroïde est normale.

Réflexe oculo-cardiaque négatif.

Examen de laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Glycémie.....	1 gr. 15
Azotémie.....	0,375
Cholestérinémie.....	1 gr. 740

Métabolisme basal + 2 %.

Temps de saignement 4'.

Temps de coagulation 9'.

Dans les urines, ni sucre ni albumine.

Le malade est suivi régulièrement depuis mai.

Après plusieurs traitements locaux (acide trichloracétique) on note une amélioration, la marche générale est assez lente.

Septembre 1931. — Azotémie : 0,40.

L'examen des urines ne révèle ni sucre, ni albumine.

Intra-dermo-réaction à l'huile cholestérinée saturée positive.

Observation N° 3 (Personnelle).

M. B..., tailleur, âgé de 34 ans, nous est envoyé le 10 septembre 1931 pour alvéolyse.

Début il y a deux ans. En réalité depuis plusieurs années il y aurait eu des poussées de gingivite intermittentes. Depuis un an traitement local sans aucune amélioration.

M B... est en excellente santé mais il est peu sportif, mange vite et sans mastiquer suffisamment. On ne note dans ses antécédents personnels aucun trouble gastro-intestinal ni hépato-biliaire. Le malade est plus nerveux et plus irritable depuis quelques mois. Aucune affection ni cutanée ni articulaire pas plus que celles dites arthritiques : ni goutte ni diabète. Pas de troubles pulmonaires ni cardiaques.

Rien à signaler dans l'enfance.

Il est impossible d'avoir des renseignements tant sur l'état buccal que sur l'état général des ascendants et des collatéraux.

EXAMEN DU MALADE

Examen de la cavité buccale. — Gencives rouges rétractées, granuleuses, peu épaisses, culs-de-sac peu profonds du fait de la rétraction, suppuration peu abondante. Lésions généralisées sans maximum en regard d'un groupe déterminé.

Aucune dent n'a été extraite, aucune carie au maxillaire supérieur ; deux dents obturées au maxillaire inférieur. Articulé normal.

Examen radiographique. — Raréfaction osseuse généra-

lisée, assez prononcée dans les régions prémolaire et molaire; peut-être moins marquée dans la région incisive mais touchant à peu près également tous les procès alvéolaires.

Examen général. — Thorax étroit de forme allongée sternum déformé en sablier, légère déformation rachitique des tibias.

Cœur normal. T. A. = 13,5 — 9. Pouls 80.

Poumons normaux.

Foie et rate normaux.

Rien à signaler au système nerveux.

Aucun trouble vaso-moteur. Aucune lésion cutanée

Les phanères sont normaux.

Pas de signes de dysthyroïdie. Pas de pigmentation.

Laboratoire. — La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Glycémie..... 0 gr. 680

Azotémie..... 0 gr. 500

Cholestérine..... 1 gr. 800

Métabolisme basal : 2 % au-dessus de la moyenne normale.

Temps de saignement 3'.

Temps de coagulation 9'.

Dans les urines ni sucre ni albumine.

En novembre 1931 on fait un nouveau dosage d'urée : 0 gr. 500.

L'alvéolyse continue et progresse rapidement sans que les soins locaux aient une influence appréciable (acide trichloracétique).

Nous avons fait également à ce malade une intradermo-

réaction à l'huile cholestérinée, vingt quatre heures après nous avons constaté l'existence d'une papule rouge de la grosseur d'une lentille.

Observation N° 4 (Personnelle)

M. S. V..., 31 ans, imprimeur, vient consulter le 25 avril 1931 pour poussées de gingivite intense et généralisée, avec hémorragies gingivales.

Début il y a 1 an. A suivi de nombreux traitements locaux et généraux (novar intra-veineux), sans aucune amélioration.

Malade en excellente santé apparente.

Dans ses antécédents personnels on ne note ni troubles intestinaux, ni hépato-biliaires.

Seulement nervosité et irritabilité plus grande depuis quelques mois.

Il y a deux ans et demi, douleurs articulaires et musculaires avec maximum à l'épaule droite. A ce moment là on fait un examen général et un dosage d'urée (0 gr. 49 et 0 gr. 50) on met le malade à un régime hypoazoté pendant 8 mois. Les douleurs disparaissent. On ne fait pas de nouveau dosage.

Aucune affection cutanée. Pas de goutte ni de diabète.

Pas de troubles pulmonaires ni cardiaques.

On ne retrouve pas d'alvéolyse dans les antécédents, ni héréditaires ; ni collatéraux.

EXAMEN LE 25 AVRIL 1931

Examen de la cavité buccale. — Alvéolyse généralisée sans prédominance à certains groupes dentaires.

Gencives rouges, tuméfiées, violacées, épaissies. Suppuration très abondante au collet de toutes les dents, culs-de-sac profonds et nombreux impossibles à préciser. Peu de tartre.

Toutes les dents existent au maxillaire inférieur ; aucune carie.

Au maxillaire supérieur, la première prémolaire est extraite, toutes les autres dents sont saines.

Articulé absolument normal.

Radiographie. — Destruction osseuse étendue, plus intense qu'on ne pourrait le penser à l'examen buccal.

Examen général. — Cœur normal. T A = 11,7. Pouls 80. Poumons normaux.

Foie, vésicule et rate normaux.

Les réflexes rotuliens et achilléens existent. Pupilles égales. Pas de signe d'Argyll Robertson.

Pas de lésions cutanées ni troubles vaso-moteurs.

Pas de varices, pas d'hémorroïdes.

L'examen des phanères est également négatif.

Pas de signes de dysthyroïdie ; le corps thyroïde est de volume normal.

Pas d'exophtalmie ni de tachycardie.

Examen de laboratoire. — Réflexe oculo-cardiaque négatif.

Glycémie.....	o gr. 85o
Azotémie.....	o gr. 5o
Cholestérinémie.....	1 gr. 5o

Métabolisme basal 1.26 % au-dessus de la moyenne normale.

Temps de saignement 3'.

Temps de coagulation 9'.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine. B.-W. négatif

Depuis avril, le malade est suivi régulièrement. L'alvéolyse progresse rapidement malgré les soins locaux on est obligé d'extraire : D 6 et G. 4. Suppuration très abondante.

Au point de vue général : apparition d'une asthénie intense, T. A. basse, 10,5-6 à plusieurs examens.

Juillet 1931 — Azotémie : 0.45.

Septembre 1931 — Azotémie : 0.40.

Examen des urines : Urée : 23 gr. 400 au litre.

Acide urique : 0 gr. 903.

$$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}} : 3,8 \%$$

Urobiline en quantité notable.

La recherche du sucre est faite régulièrement et n'est positive qu'à certains moments.

Glycémie le 25 octobre 1931 : 1 gr. 15.

Etat général assez bon sans signes objectifs de diabète.

L'alvéolyse progresse également sans que la thérapeutique locale n'ait aucune influence.

Observation N^o 5 (Personnelle).

M. T..., 38 ans, infirmier, vient nous consulter à l'hôpital Saint-Louis en juin 1931 pour alvéolyse ancienne et déjà traitée.

A vrai dire le malade ne s'inquiète guère de ces lésions c'est un accident aigu du groupe molaire qui l'amène. On retrouve peu de choses dans les antécédents personnels du malade : rien, de gastro-intestinal, ni d'hépto-biliaire. Depuis quelques années le malade avait beaucoup engraisé, il se fatigue même une vie sédentaire, ne fait aucun sport, il mange vite sans mastiquer suffisamment.

M. T... a des^s douleurs articulaires généralisées et fréquentes des céphalées rebelles, des angines à répétition.

Aucune lésion ni cardiaque ni pulmonie.

Le père de M. T... est diabétique, sa mère a été opérée pour une lithiase vésiculaire.

EXAMEN DU MALADE.

Examen de la cavité buccale. — Gencives dures et rouges non rétractées. Culs-de-sac profonds tant dans les régions molaires qu'incisives ; la percussion montre l'étendue de la raréfaction osseuse que confirme d'ailleurs la radiographie.

Examen général. — Cœur normal. T. A. 10,16. Pouls 72. L'appareil pulmonaire est normal.

Le foie et la rate sont normaux à l'examen.

Rien de particulier à l'examen du système nerveux.

L'examen cutané ni l'examen des phanères ne permettent de retrouver aucune lésion.

Pas de signes de dysthyroïdie.

Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise.

Laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Azotémie..... 0 gr. 38

Glycémie..... 1 gr. 70

Cholesterinémie..... 1 gr. 80.

Métabolisme basal 2 %, au-dessus de la moyenne normale.

Intra-dermo réaction à la cholestérine négative.

Observation N° 6 (Personnelle).

Mme P..., 40 ans, sans profession, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 5 mai 1931 pour des poussées de gingivite avec hémorragies fréquentes. Début apparent il y a 2 ans environ. On avait fait à ce moment là un vaccin ? intra-gingival suivi d'une réaction générale très vive. Ce traitement n'avait d'ailleurs amené aucune amélioration.

Dans les antécédents personnels de la malade on trouve quelques troubles gastro-intestinaux, des alternatives de diarrhée et de constipation, surtout constipation ; il y a eu également des nausées et des douleurs dans la région hépato-vésiculaire. Il n'y a jamais eu ni ictère ni subictère, les règles étaient normales autrefois. Depuis deux ans elles sont irrégulières, durent moins longtemps, sont moins abondantes mais douloureuses.

Douleurs articulaires fréquentes erratiques surtout dans les petites articulations.

Poussées d'urticaire. Pas de lésions du cuir chevelu. Migraines, céphalées rebelles.

Aucuns troubles ni pulmonaires, ni cardiaques. Rien à signaler dans l'enfance.

Les antécédents héréditaires de la malade sont chargés : sa mère est diabétique et n'aurait plus de dents depuis de nombreuses années. Son père serait rhumatisant et obèse.

EXAMEN DE LA MALADE LE 5 MAI 1931.

Examen de la cavité buccale. — Dans l'ensemble l'alvéolyse est discrète, les gencives sont de teinte voisine de la normale, quelques traînées violacées en regard de D1 — D2 — G1 — G2. Au maxillaire inférieur absence de G 6 et G 7 dans la région incisive inférieure, les lésions sont peu marquées. Au maxillaire supérieur toutes les dents existent, il n'y a aucune carie. Articulé normal.

A l'examen radiographique on voit la résorption osseuse généralisée à tous les groupes dentaires elle est plus marquée que ne le laisserait prévoir l'examen des gencives. Toutes les crêtes osseuses interdentaires ont disparu, dans la région prémolaire et incisive inférieure, l'os n'existe encore qu'au tiers supérieur des racines.

Examen général. — Cœur normal. T. A. 7 1/2-11 ; Pouls 76.

L'appareil pulmonaire ne présente rien d'anormal. Légère sensibilité dans la région hépato-vésiculaire, la limite supérieure du foie est normale, le bord inférieur ne dépasse pas le rebord costal, la rate n'est pas perceptible.

L'examen du système nerveux ne révèle rien d'anormal.

Aucune lésion cutanée ni aucun trouble vaso-moteur.

Ni varices ni hémorroïdes.

L'examen des phanères ne présente rien de pathologique.
Pas de signes de dysthyroïdie.

Aucun symptôme de syphilis héréditaire ou acquise.

Laboratoire. — La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Glycémie 0 gr. 866

Azotémie 0 gr. 40

Cholestérinémie 1 gr. 950

Métabolisme basal = 2 % au-dessus de la moyenne normale.

Temps de saignement 6', de coagulation 10'.

L'examen des urines n'a décelé ni sucre ni albumine.

En juillet 1931, nous avons fait une nouvelle azotémie qui a été de 0,42.

Oxalmie = 0,06.

L'alvéolyse progresse rapidement malgré les soins locaux.

Observation N° 7 (Personnelle).

Mme D..., 29 ans, vendeuse, nous est envoyée le 8 février 1931 pour alvéolyse.

Début apparent il y a quatre ans. La déviation des incisives médianes supérieures et inférieures attire l'attention de la malade on note, en même temps une suppuration discrète.

Aucun traitement n'a été suivi jusque-là.

Mme D... est actuellement en bonne santé. Pas de troubles

intestinaux dans ses antécédents, hormis une appendicéctomie en 1921. Rien d'hépatobiliaire.

Malade nerveuse, irritable, émotive, surtout depuis une intervention pour kyste de l'ovaire en 1925.

Depuis l'opération règles très abondantes, longues, non douloureuses ; migraines et céphalées fréquentes.

Deux grossesses en 1927 et 1928, normales. Quelques douleurs articulaires fugaces sans caractères précis. Deux poussées d'eczémas à quelques années d'intervalle.

A 12 ans, pelade, un an avant l'apparition des règles, durée, quelques mois (1 ou 2 plaques) la repousse s'est effectuée normalement sans qu'on n'ait fait aucun traitement.

Pas de lésions inguéales.

Varices à la jambe gauche peu prononcées depuis l'âge de 16 ans.

Rien de pulmonaire (ni asthme, ni rhume des foins).

On ne retrouve pas d'alvéolyse chez les parents de la malade ni chez les frères et sœurs.

Chez les parents aucune affection de la série dite arthritique.

EXAMEN DE LA MALADE LE 8 FÉVRIER 1931.

Examen de la cavité buccale. — Les gencives sont presque normales, leur teinte est rosée, elles ne sont ni épaissies ni granuleuses, l'examen à la sonde permet de noter le peu de profondeur des culs-de-sac ; les collets apparaissent dénudés ; la suppuration est abondante ; il y a peu de tartre. Les lésions sont d'ailleurs nettement localisées et on est frappé

par leur disproportion : au maxillaire inférieur le groupe incisif est mobile, les racines dénudées sur le quart de leur longueur ; les molaires sont solidement implantées ; il n'y a ni cul-de-sac ni mobilité à leur niveau.

Absence de g6, extraite en 1920, g4 traitée.

Aucune autre carie.

Au maxillaire supérieur la localisation est moins nette, cependant encore perceptible ; la pression au niveau du collet des incisives fait sourdre du pus en quantité abondante, les gencives gardent un aspect presque normal. Articulé normal.

Les radiographies montrent la disparition presque complète des ponts osseux inter-dentaires aux groupes incisifs supérieur et inférieur. Dans la région molaire supérieure on note seulement la disparition du sommet de la crête osseuse ; la région molaire inférieure est sensiblement normale.

Examen général. — Cœur normal. T. A. 12-8 Pouls 84.

L'appareil respiratoire ne présente rien d'anormal. Le foie, la vésicule et la rate sont normaux à l'examen.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs.

Les pupilles égales, pas de signe d'Argyll-Roberston.

L'examen cutané montre une érythro-cyanose sus-mal-léolaire peu marquée sans infiltration, ni œdème, mais teinte violacée de la peau qui est rugueuse et froide.

Pas de vitiligo ni d'autre pigmentation.

Varices à la jambe gauche.

Pas d'hémorroïdes.

L'examen des phanères ne présente rien de pathologique.

Raie rouge vaso-motrice cutanée persistante.

Signe de Chvostek bilatéral.

Signes de dysthyroïdie, la palpation du corps thyroïde est normale, léger tremblement, pas d'exophtalmie, le pouls est à 84 au cours des différents examens.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif.

Laboratoire. — La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Glycémie.....	1 gr. 06
Azotémie.....	0 gr. 35
Cholestérinémie.....	1 gr. 29

Métabolisme basal 14,18 % au-dessus de la moyenne normale.

Temps de saignement 5', de coagulation 12'.

Dans les urines ni sucre ni albumine.

La malade est suivie régulièrement, l'alvéolyse progresse très lentement, le traitement a d'ailleurs une influence manifeste (acide trichloroacétique).

On fait un nouveau dosage d'urée en juillet 1931 : 0 gr.38.

Analyse d'urine. — Urée : 8 gr. 700,

Acide urique : 0 gr. 336.

Rapports urologiques :

$$\frac{\text{Phosphates}}{\text{urée}} = 12,4 \%$$

$$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}} = 3,8$$

Ni sucre ni albumine, mais urobiline en quantité très considérable.

En septembre 1931, on note une poussée d'eczéma qui dure quelques jours.

Azotémie : 0 gr. 35.

On fait un nouveau métabolisme basal qui reste élevé de 16,5 % au-dessus de la moyenne normale.

On note une amélioration par le traitement local (acide trichloroacétique), disparition du pus, légère consolidation du groupe incisif.

Observation N° 8 (Personnelle).

Mme C..., 38 ans, sans profession, nous est envoyée en juin 1931 pour lésions gingivales et mobilité des dents.

Début apparu il y a deux ans par une augmentation du diastème inter-incisif. En réalité, ces lésions seraient apparues depuis plusieurs années, mais auraient progressé surtout depuis deux ans. Aucun traitement n'a été suivi ; on ne trouve au début de l'affection, aucun trouble d'ordre général.

Mme C... est assez bien portante, hormis une légère constipation, on ne note aucun trouble ni gastro-intestinal ni hépato-biliaire, elle est nerveuse, émotive, se fatigue facilement. Les règles sont normales, non douloureuses, peut-être moins abondantes depuis quelques années. Deux grossesses normales. Elle n'a subi aucune intervention d'ordre gynécologique.

Quelques douleurs articulaires et musculaires généralisées.

Poussées d'urticaire fréquentes.

Migraines.

Pas d'autres affections dites arthritiques.

Aucune affection, ni cardiaque, ni pulmonaire.

A noter une pyélonéphrite gravidique, au cours de la 1^{re} grossesse, la 2^e grossesse a été normale.

Mme C... a ses parents en bonne santé, mais sa mère aurait perdu en peu de temps toutes ses dents, vers 40 ans. Une sœur de la malade est atteinte également d'alvéolyse.

EXAMEN DE LA MALADÉ LE 25 JUIN 1931.

Examen buccal. — Gencives rouges, tuméfiées, épaissies, avec des traînées violacées, surtout dans la région incisive supérieure. Lésions très inégales d'intensité.

Au maxillaire inférieur : mobilité des incisives, culs-de-sac profonds, la percussion montre l'importance de la raréfaction osseuse que confirment les radiographies, les molaires sont encore solides, à ce niveau les gencives sont presque de teinte normale.

g5, g6 seulement sont obturées, les autres dents sont saines. Au maxillaire supérieur : lésions plus diffuses, mais à maximum au niveau des incisives, suppuration abondante et mobilité très marquée. G3, G4, G5 sont obturées.

Articulé normal.

Radiographie. — Disparition complète des crêtes osseuses inter-dentaires dans toute la région incisive supérieure et inférieure. Les racines sont dénudées sur les 3/4 de leur longueur. Dans les régions molaires, l'os existe, mais on note une décalcification appréciable.

Examen général. — Malade très pâle, émotive, amaigrie.
54 kilos.

Cœur normal, T. A. 12-8. Pouls 92.

Poumons normaux.

Foie, rate, normaux.

Rien à l'examen du système nerveux.

Raie rouge vaso-motrice cutanée rapide et persistante et quelques varices à la jambe droite.

Les phanères sont normaux.

La palpation du corps thyroïde est normale, il existe un tremblement léger, le pouls est à 92 au cours des différents examens.

Le réflexe oculo-cardiaque est inversé.

Pas de signes avérés de syphilis héréditaire ou acquise.

Laboratoire. — B. W. négatif.

Glycémie 0 gr. 780

Azotémie 0 gr. 310

Cholestérinémie 1 gr. 710

Métabolisme basal 20 % au-dessous de la moyenne normale. Frappé par la pâleur de la malade, nous avons demandé un examen du sang :

Globules rouges : 5.100.000

Globules blancs : 7.400

Taux de l'hémoglobine : 90 %

Formule leucocytaire :

Lymphocytes et moyens mononucléaires : 29 %.

Monocytes : 0 %.

Polynucléaires neutrophiles : 69 %.

Polynucléaires éosinophiles : 1 %.

Polynucléaires basophiles : 1 %.

Juillet 1931. — Azotémie : 0 gr. 220.

Examen des urines. — Urée 14 gr. 800 au litre.

Acide urique : 0 gr. 315.

$$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}} = 2,3 \%$$

$$\frac{\text{Phosphate}}{\text{urée}} = 9,1 \%$$

Pas de sucre ni d'albumine.

Urobiline en quantité notable.

Septembre 1931. — Nous avons suivi régulièrement Mme C... depuis juin, nous avons demandé un nouveau métabolisme basal qui est cette fois de 21 % au-dessous de la moyenne normale.

Observation N° 9 (Personnelle).

M. C..., âgé de 50 ans, comptable, nous est envoyé pour alvéolyse le 25 novembre 1930.

Début des accidents il y a environ 3 ans, en réalité le malade ne peut préciser le début exact et il est très probable qu'il remonte à plusieurs années. Il a été très insidieux, un peu de douleurs, gêne légère pour la mastication.

Il y a seulement quelques mois que la marche de l'affection semble s'accélérer, les douleurs sont assez vives, le malade ne peut mastiquer à gauche, la suppuration devient abondante à tel point qu'on est obligé d'extraire incisive canine et P. M. inférieure gauche.

Après les extractions les douleurs persistent très vives,

à gauche la suppuration continue au niveau de la 1^{re} G. M. inférieure gauche. A ce moment le malade fait faire des massages de la colonne vertébrale, région cervicale, qui auraient paraît-il fortement amélioré et les douleurs et la suppuration.

Peu de choses à signaler au point de vue général ; cependant : a fait la guerre, gazé légèrement, habituellement bien portant.

En mai 1927, crises douloureuses gastriques sans vomissements ni hémorragies.

Le malade est soigné à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le D^r Bensaude.

On fait le diagnostic d'ulcère duodéal.

On veut intervenir, mais le malade est mis au régime ce qui jusque-là a permis d'éviter les douleurs, actuellement le malade est apparemment en bonne santé.

Il y a 2 ans environ, apparition de plaques de psoriasis discrètes aux deux coudes (à peu près en même temps que l'alvéolyse). Pas d'autres affections cutanées.

Pas d'autres accidents ni hépatiques, ni gastro-intestinaux.

Pas de rhumatismes, pas opéré de l'appendicite.

Aucune affection, ni pulmonaire, ni cardiaque.

Pas de syphilis connue.

Marié, un enfant bien portant.

Dans l'enfance rien de particulier

EXAMEN DU MALADE LE 25 NOVEMBRE 1930.

Examen de la cavité buccale. — Gencives peu modifiées d'aspect mais on est frappé par la suppuration abondante et la mobilité du groupe incisif et molaire inférieur, d'ailleurs tous les groupes sont touchés, les culs-de-sac sont profonds et nombreux.

Pas de caries. L'articulé est normal.

Examen radiographique. — Fonte osseuse totale en regard de certaines dents alors que d'autres sont presque normales. Décalcification de toute la zone alvéolaire.

Examen général. — Actuellement malade d'excellent aspect général. Les poumons sont normaux, le cœur est normal, la T. A., 8-12. Pouls 90.

Le foie et la rate ne sont pas perceptibles.

Les réflexes rotuliens et achilléens existent.

Pupilles égales, pas de signes d'Argyll-Robertson.

Plaques de leucoplasie commissurale droite.

A l'examen cutané on note quelques placards de psoriasis aux coudes droit et gauche. Le signe du grattage méthodique est positif, on note également des troubles des phanères.

Les cheveux sont blancs, pas de pelade, les autres poils sont normaux, ongles normaux.

Signes d'hyperthyroïdie. Corps thyroïde non perceptible, pas de tremblement. peut-être légère exophtalmie. Pouls 90 à différents examens. Pas de lésions articulaires.

Laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Azotémie 0 gr. 33

Glycémie..... 1 gr. 15

Métabolisme basal 15 % au-dessus de la moyenne normale.

Réflexe oculo-cardiaque positif.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Observation N° 10 (Personnelle).

Mlle W..., 26 ans, interne des hôpitaux, vient nous consulter pour alvéolyse très discrète localisée au groupe incisif supérieur.

Début il y a 5 à 6 mois, aucun signe fonctionnel ne l'annonce, seule l'apparition d'un léger diastème entre les incisives supérieures a attiré l'attention de Mlle W...

Dans ses antécédents personnels on ne note aucun trouble gastro-intestinal si ce n'est quelques signes de colite dans la fosse iliaque droite sans localisation appendiculaire. Aucun trouble hépato-biliaire.

Mlle W... n'est ni nerveuse, ni émotive, ses règles sont régulières et non douloureuses, elle aurait seulement remarqué depuis quelques mois un léger tremblement des extrémités survenant sans cause apparente.

Depuis quelques années elle a aussi noté de l'acro-cyanose sus-malléolaire qui a débuté vers 15 ou 16 ans sans infiltration.

Acné juvénile avec poussées au moment des règles.

Aucune lésion articulaire, aucune affection, ni pulmonaire, ni cardiaque.

Dans son enfance quelques affections banales, à 17 ans, typhoïde grave avec ostéite.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires de Mlle W...

EXAMEN DE LA MALADE.

Examen de la cavité buccale. — Gencives rouges congestionnées, d'aspect un peu granuleux surtout en regard des incisives supérieures légèrement mobiles et déplacées, la pression dans la région inter-incisive fait sourdre une très petite quantité de pus ; mais l'exploration au stylet montre déjà l'existence de cul-de-sac.

Presque toutes les dents sont obturées, mais il est à remarquer que depuis 6 mois on n'a noté aucune carie nouvelle, ce qui a fort étonné la malade.

Articulé normal.

L'examen radiographique montre la fonte osseuse dans la région des incisives centrales, lyse plus accusée que ne le laissait prévoir l'examen de la cavité buccale.

Examen général. — Cœur normal. T. A. 10-6. Pouls 68. L'appareil pulmonaire est normal à l'examen, le foie et la rate ne sont pas perceptibles.

L'exploration du système nerveux ne révèle rien d'anormal.

L'examen cutané montre l'acro-cyanose sus-malléolaire avec légère infiltration des tissus, peau sèche, froide, surtout l'hiver.

Cyanose des mains. Raie rouge vaso-motrice cutanée persistante. Pas de varices, pas de pigmentation.

Les phanères ne présentent rien de pathologique.

Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise.

Les signes de dysthyroïdie sont discrets, seul un léger tremblement est à retenir.

Laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann, négative.

Glycémie..... 1 gr.

Azotémie..... 0 gr. 35

Cholestérinémie..... 1 gr. 50

Le métabolisme basal est de 12 % au-dessus de la moyenne normale.

Le réflexe oculo-cardiaque est négatif.

Nous avons refait un métabolisme basal qui a été de 14 % au-dessus de la normale.

Observation N° 11 (Personnelle).

Mlle H..., 30 ans, secrétaire, nous est envoyée à l'hôpital Saint-Louis pour quelques lésions gingivales discrètes.

A vrai dire le début est assez ancien et depuis l'âge de 23 ans, Mlle H... a remarqué une très légère suppuration en regard des incisives inférieures, très rapidement suivie d'ailleurs d'une augmentation du diastème normal entre ces deux dents. A cette époque aucune maladie grave, mais elle aurait eu depuis un surmenage intense ; uniquement sédentaire.

Dans ses antécédents personnels on ne retrouve aucun trouble gastro-intestinal, mais quelques nausées et quelques douleurs dans la région hépato-biliaire.

Nerveuse, émotive, plus irritable qu'à l'ordinaire.

Mlle H... est bien réglée, cependant, depuis 4 ou 5 ans, les règles seraient moins abondantes, dureraient moins longtemps, plus douloureuses, c'est depuis la même époque qu'elle aurait engraisé (4 ou 5 kgr.).

Quelques douleurs articulaires, surtout au niveau des articulations scapulo-humérales.

Enfin depuis 3 ou 4 ans Mlle H... aurait consulté pour une acro-cyanose sus-malléolaire jusque-là bénigne mais qui s'accompagne actuellement d'une infiltration assez marquée.

On ne retrouve aucune lésion, ni pulmonaire, ni cardiaque.

A noter une fièvre typhoïde à 14 ans, depuis, une excellente santé.

Rien dans les antécédents héréditaires de la malade ni au point de vue buccal ni général.

EXAMEN DE LA MALADE LE 10 JANVIER 1931.

L'examen buccal montre les gencives et les dents paraissant tout à fait saines, la bouche est en parfait état de propreté, toutes les dents existent g5 g6 d5 d6 sont obturées au maxillaire inférieur. Au maxillaire supérieur D5 D6 G8 G6 sont également traitées. Un examen plus attentif permet de localiser surtout les lésions dans les régions incisives supérieures et inférieures. Les gencives sont rétractées, d'aspect un peu granuleux, surtout épaissies, un peu plus rosées qu'à l'ordinaire. La pression du doigt fait sourdre une très petite quantité de pus. L'examen au stylet montre de tous petits culs-de-sac. Les dents ne sont pas mobiles mais se sont

déplacées, il n'existait aucun espace entre D¹ et G¹ ; actuellement le diastème est de 3 à 4 mm. Il n'y a aucune carie. L'articulé est parfaitement normal.

Examen radiographique. — L'os a disparu dans les régions incisives supérieures et inférieures sur les 3/4 de la longueur de la racine.

Les régions molaires ne sont pas touchées.

Examen général. — Mlle H... est en excellente santé, n'est pas sportive, a un peu d'embonpoint et une légère tendance à l'obésité.

Le cœur est normal. La T. A. 12-8, le pouls 80.

Appareil respiratoire, normal.

Le foie et la rate sont normaux à l'examen.

Rien à signaler au système nerveux.

L'examen cutané est plus intéressant, il montre d'une part de l'acro cyanose sus-malléolaire bilatérale, l'infiltration est plus importante que la cyanose, elle est surtout marquée le soir, aggravée par l'extrême froid ou l'extrême chaleur, le travail intellectuel, l'hygiène défectueuse ; il montre d'autre part du vitiligo à la face interne et externe des cuisses. Il n'y a aucune autre pigmentation, ni varices, ni hémorroïdes.

Raie rouge vaso-motrice cutanée persistante, le corps thyroïde est normal à la palpation mais il existe un léger tremblement.

Il n'y a pas d'exophtalmie, le pouls est à 80, le réflexe oculo-cardiaque est positif.

Aucun signe de syphilis ni héréditaire ni acquise.

Laboratoire. — La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Glycémie.....	o gr. 96
Azotémie.....	o gr. 3o
Cholestérinémie.....	1 gr. 5o

Métabolisme basal 21 % au-dessus de la moyenne normale.
Ni sucre ni albumine dans les urines.

Nous avons suivi régulièrement cette malade depuis janvier, l'alvéolyse reste discrète et elle progresse lentement, elle semble même s'améliorer depuis que la malade est soumise à une hygiène alimentaire sérieuse et qu'elle fait du sport. Le métabolisme basal n'a pas été refait.

Observation n° 12 (Personnelle)

Mme T..., 39 ans, sans profession, nous est envoyée d'Arras en janvier 1931 pour une alvéolyse ancienne.

Depuis l'âge de 22 ans. Mme T... a des poussées de gingivite, on lui a fait suivre de multiples traitements locaux qui lui ont permis de garder jusque-là toutes ses dents. A aucun moment il n'y a eu de signes fonctionnels.

Dans les antécédents personnels de la malade on retrouve bien peu de choses, au point de vue gastro-intestinal et hépato-biliaire.

Par contre, la malade est nerveuse, émotive, irritable, mal réglée. Quelques douleurs articulaires fugaces à maximum aux grosses articulations.

Plusieurs crises d'asthme il y a quelques années, actuellement disparues.

Aucune lésion ni cardiaque ni rénale.

A noter seulement une fièvre typhoïde à 17 ans. Le père

de la malade mort paralytique général. La mère bien portante, aucun d'eux n'avait de l'alvéolyse.

EXAMEN DE LA MALADE.

Examen de la cavité buccale. — Lésions assez bien localisées aux groupes incisifs supérieur et inférieur, les gencives sont un peu épaissies surtout rétractées à tel point que les collets sont très largement dénudés. Les culs-de-sac sont peu profonds, la suppuration minime.

Aucune carie, l'articulé est normal.

A l'examen radiographique. Raréfaction osseuse des régions incisives correspondant aux lésions gingivales.

Examen général. — Appareil pulmonaire normal. Cœur normal. T. A. 12-8. Pouls 80.

Foie et rate normaux.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, les pupilles sont égales, il n'y a pas de signes d'Argyll-Roberston.

Troubles vaso-moteurs importants, raie rouge, érythème pudique.

Pas de lésions cutanées ni de pigmentation, quelques varices discrètes à la jambe droite, les phanères sont normaux.

On ne retrouve pas de signes de syphilis héréditaire. Le corps thyroïde est un peu volumineux Tremblement des extrémités, exophtalmie discrète.

Laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Glycémie.....	1 gr. 39
Azotémie.....	0 gr. 36
Cholestérinémie.....	1 gr. 07

Métabolisme basal 22 % au-dessus de la moyenne normale.

Dans les urines nous n'avons trouvé ni sucre ni albumine. Nous avons suivi cette malade dont l'alvéolyse semble actuellement stabilisée. Le métabolisme basal n'a pas été refait.

Observation n° 13 (Personnelle).

M. L..., 38 ans, instituteur, nous consulte à l'hôpital Saint-Louis pour une alvéolyse assez marquée datant de 2 ou 3 ans.

Aucun signe fonctionnel ne l'a annoncée, seule la mobilité légère et la suppuration ont inquiété le malade.

Actuellement M... L. est bien portant, mais il rattache son histoire dentaire à une affection pour laquelle il est traité depuis l'année précédente. En effet il est soigné dans le service de M. le Dr Sesary depuis mars 1930, son histoire a d'ailleurs fait l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux.

Elle est complexe. M. L... raconte que ses cheveux ont commencé à tomber en décembre 1929, et très abondamment. A cette alopécie s'est jointe une décoloration des cheveux, et une chute des poils des sourcils, de la moustache, de la barbe, à tel point que le malade a l'air d'un vieillard.

De plus, depuis cette époque, le malade avait ressenti une grande fatigue à la fois physique et intellectuelle, il était devenu irritable, triste, et la fatigue était telle qu'il avait dû demander un congé.

Il consulte à ce moment là M. le Dr Sesary, qui constate

outre l'alopecie incomplète du cuir chevelu une absence complète des sourcils, des cils, de la moustache.

L'examen des téguments révèle l'existence de quelques taches de vitiligo. De plus on a été frappé par l'existence d'exophtalmie bilatérale, de tremblement des mains avec tachycardie permanente à 96 pulsations.

Le métabolisme basal était de 32,5 % au-dessus de la moyenne normale.

On a institué un traitement radiothérapique sur le corps thyroïde qui a considérablement amélioré le malade à tel point que lorsque nous le voyons il ne persiste plus grand chose.

EXAMEN DU MALADE.

Examen de la cavité buccale. — Alvéolyse surtout marquée aux groupes incisifs, les dents sont mobiles, déplacées, la suppuration abondante, aggravée du fait de l'insuffisance de soins hygiéniques.

Culs-de-sac profonds.

Le groupe molaire est relativement intact.

Pas de carie.

Articulé normal.

Les radios confirment l'examen buccal.

Examen général. — Cœur : normal. T. A. 10,15.
Pouls : 68.

Appareil pulmonaire normal.

Foie et rate ne sont pas percutables.

Les réflexes rotuliens et achilléens existent vifs.

Les pupilles sont égales, il n'y a pas de signe d'Argyll-Roberston.

L'examen cutané ne révèle rien si ce n'est un vitiligo très discret.

Des signes de dysthyroïdie, on retrouve l'exophtalmie, un léger tremblement, les phanères sont actuellement presque revenus à l'état normal : les cheveux ont repoussé et se sont recolorés, les poils de la barbe et de la moustache ont également repoussé.

On ne retrouve aucun signe de syphilis ni acquise ni héréditaire.

Laboratoire. — La séro-réaction de Bordet-Wassermann a été négative à plusieurs reprises.

Azotémie.....	0 gr. 33
Glycémie.....	1 gr. 07
Cholestérinémie.....	1 gr. 60

Le métabolisme basal n'est plus que de 7 % au-dessus de la moyenne normale.

Dans les urines nous n'avons trouvé ni sucre ni albumine.

Observation N° 14 (Personnelle).

Mlle B..., 21 ans, employée de commerce, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis pour alvéolyse datant déjà de plusieurs années et ayant provoqué la chute de plusieurs dents.

Depuis l'âge de 16 ans Mlle B... a remarqué une suppuration assez légère en regard des incisives supérieures et inférieures ainsi qu'un déplacement net de ces mêmes dents. A cette époque elle n'a eu aucune maladie grave.

Dans ses antécédents personnels on ne retrouve aucun trouble gastro-intestinal ni hépato-biliaire.

Aucune lésion ni pulmonaire ni cardiaque. A noter une fièvre typhoïde à 13 ans, depuis, une excellente santé.

Mlle B... est bien réglée, ses règles, assez abondantes ne sont pas douloureuses.

Quelques douleurs articulaires au niveau des grosses articulations. Une légère acro-cyanose sus-malléolaire sans infiltration.

La mère de la malade bien que jouissant d'une excellente santé a été atteinte d'alvéolyse depuis l'âge de vingt ans et est actuellement complètement édentée.

EXAMEN DE LA MALADE LE 20 JANVIER 1930.

L'examen buccal montre les gencives granuleuses, épaissies supuration assez abondante, les deux incisives latérales droites inférieure et supérieure manquent ainsi que la première prémolaire et la canine inférieure gauche, le groupe molaire est touché également mais plus légèrement.

L'examen radiographique dénonce la fonte presque complète de l'os dans les régions incisives inférieure et supérieure, tous les groupes sont touchés, les culs-de-sac sont nombreux et profonds, le stylet pénètre profondément, plusieurs dents sont mobiles, il n'y a aucune carie.

L'articulé est normal.

Examen général. — Mlle B... est en excellente santé, sportive, n'a pas d'embonpoint. Le cœur est normal, la T. A. 12-8, le pouls 80.

Appareil respiratoire : normal.

Le foie et la rate sont normaux.

Rien à signaler au système nerveux.

L'examen cutané montre une acro-cyanose sus-malléolaire sans infiltration bilatérale, aggravée par le froid, la station debout et l'extrême chaleur, un peu de vitiligo à la face interne des cuisses, aucune autre pigmentation.

Ni varices ni hémorroïdes.

Raie rouge vaso-motrice cutanée persistante, le corps thyroïde est normal à la palpation mais il existe un léger tremblement.

Il n'y a pas d'exophtalmie, le pouls à 80, le réflexe oculocardiaque est positif.

Pas de signe de syphilis ni héréditaire ni acquise,

Laboratoire. — La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Glycémie.....	0,95
Azotémie.....	0,30
Cholestérinémie.....	1 gr. 40

Métabolisme basal 20 % au-dessus de la moyenne normale.
Ni sucre ni albumine dans les urines.

Observation N° 15 (Personnelle).

M. P..., 28 ans, homme d'affaires, nous est envoyé en avril 1931 pour alvéolyse intense généralisée, non améliorée par les différents traitements suivis jusqu'à ce jour.

Début impossible à préciser, peu de signes objectifs, apparition de pus en février 1930. On fait un vaccin qui, en injection sous cutanée n'amène qu'une très légère amélioration de la suppuration.

M. P... est en excellente santé, on ne retrouve dans ses

antécédents personnels aucun trouble ni gastro-intestinal ni hépato-biliaire, aucun trouble d'ordre endocrino-sympathique. A 12 ou 13 ans un érythème noueux, jamais d'autres affections ni cutanée ni articulaire.

Ni goutte, ni migraine, ni asthme, quelques angines à répétition.

Les antécédents héréditaires du malade sont plus intéressants. Sa mère est atteinte depuis l'âge de 40 ans d'alvéolyse elle aurait eu d'ailleurs une maladie de Basedow actuellement traitée par des irradiations du corps thyroïde. Son père également atteint d'avéolyse avec douleurs articulaires généralisées, ni goutte, ni diabète, ni obésité.

EXAMEN DU MALADE LE 25 AVRIL 1931.

Examen buccal. — Gencives rétractées, durcies, scléreuses, de coloration normale, enserrant solidement les dents ; celles-ci pas mobiles.

Tout le groupe dentaire est également touché.

Nombreux culs-de-sac mais suppuration peu abondante.

La rétraction gingivale est parallèle à la résorption osseuse.

Aucune dent obturée, aucune carie.

Articulé parfaitement normal.

Les radiographies montrent une résorption osseuse très étendue, elle frappe tous les groupes dentaires également tant dans les régions incisives que molaires et pré-molaires.

Examen général. — Cœur normal. T. A : 8,12-5. Pouls 84. Poumons normaux.

Foie, vésicule et rate sont normaux.

Rien à signaler au système nerveux, l'examen cutané reste négatif à noter seulement quelques hémorroïdes apparues depuis deux ou trois ans.

Examen des phanères.— Les cheveux sont presque blancs depuis quelques années, on remarque dans la région de la nuque une zone dépilée ; à 12 ans il y aurait eu une large plaque de pelade, la repousse n'aurait pas été complète.

Les ongles sont normaux.

Pas de signes de dysthyroïdie.

Laboratoire. — B. W. négatif.

Glycémie	0 gr. 95
Azotémie	0 gr. 375
Cholestérinémie.....	1 gr. 590

Métabolisme basal + 4 %.

Pas de modification du temps de saignement et de coagulation.

Le malade est suivi régulièrement depuis avril 1931, l'albuminurie semble stabilisée pour le moment.

Nouveau dosage d'urée en septembre 1931.

Azotémie : 0 gr. 35.

Analyse d'urine. — Urée : 17 g. 600 au litre.

Acide urique : 0 gr. 420.

Rapports urologiques : $\frac{\text{Acide urique}}{\text{Urée}}$: 2, 3 %

$\frac{\text{Phosphate}}{\text{Urée}}$: 10, 6 %.

On note également ni sucre ni albumine mais une grande quantité d'urobilin.

Observation N° 16 (Personnelle).

Mme Gh. ., 28 ans, roumaine, vient nous consulter à l'hôpital Saint-Louis pour alvéolyse.

La malade a seulement remarqué le début il y a environ 4 ans, annoncé par une déviation des incisives et une légère suppuration. Aucun traitement n'a été suivi jusque là.

On retrouve bien peu de choses dans les antécédents personnels de la malade, rien de gastro-intestinal ni d'hépatobiliaire. Pas de troubles endocrino-sympathiques, les règles sont normales. Aucune affection ni cutanée, ni articulaire. A noter seulement depuis quelques années de l'acro-cyanose sus-malléolaire. Rien de pulmonaire ni de cardiaque.

Le père de Mme Gh... est bien portant, sa mère diabétique depuis 3 ans est aussi rhumatisante. 3 sœurs et 2 frères bien portants auraient des dents en bon état,

EXAMEN DU 10 JANVIER 1931.

Examen de la cavité buccale. — Gencives rouges et épaissies, d'aspect granuleux, lésions très disséminées touchant également les groupes incisif et molaire. L'examen à la sonde montre dans toutes ces régions des culs-de-sac profonds, la percussion permet également de prévoir l'importance des lésions osseuses. Aucune carie, ni au maxillaire supérieur ni au maxillaire inférieur.

Radiographie. — Les lésions osseuses sont très spéciales, à certains endroits, surtout au groupe incisif inférieur, elles sont très discrètes, presque absentes en d'autres points.

Par contre dans les régions molaires il existe en face de g5, g6, d5, d6, d7, une fonte presque complète de l'os.

Examen général. — Cœur normal. T.A. = 11,7 Pouls = 76.

Poumons normaux.

Foie, rate normaux à l'examen.

Rien de particulier à l'examen du système nerveux.

Examen cutané. — Acro-cyanose sus-malléolaire, peau sèche, rugueuse, froide, légère infiltration de cette région.

Dos du pied également violacé.

Mains violacées et froides.

Pas de varices, mais nombreuses varicosités de la face externe des cuisses.

Pas d'hémorroïdes ni de pigmentation.

Examen des phanères. — Pelade il y a 2 ans, 2 ou 3 plaques qui auraient rétrogradé rapidement.

Les poils et les ongles sont normaux.

Aucun signe de dysthyroïdie.

Examen de laboratoire. — B. W. négatif.

Glycémie..... 0 gr. 720

Azotémie..... 0 gr. 35

Cholestérinémie..... 1 gr. 740

Métabolisme basal 8 % au-dessous de la moyenne normale.

Temps de saignement : 3'

Temps de coagulation : 10'

Dans les urines, ni sucre ni albumine.

La malade est suivie régulièrement depuis janvier, l'alvéolyse progresse assez rapidement à tel point que l'on est obligé d'extraire la 1^{re} grosse molaire inférieure droite.

Avril 1931. — Azotémie 0 gr. 300.

On fait également un nouveau métabolisme basal qui est de 14 % au-dessous de la moyenne normale.

Observation N° 17 (Personnelle).

M. J..., 32 ans, fabricant de chaussures, vient consulter le 28 février 1931 à l'hôpital Saint-Louis, pour poussées de gingivite avec hémorragies légères. Début il y a 2 ans.

Depuis un an seulement on a remarqué la mobilité et la suppuration. Aucun traitement n'a été suivi jusque-là.

Actuellement, malade d'apparence robuste, se dit en parfait état. On note dans ses antécédents personnels au point de vue gastro-intestinal, quelques douleurs après le repas, avec quelques vomissements. Depuis 1 an, crises diarrhéiques assez fréquentes. Il y a 4 ans, ictère très intense, durée 2 mois, ayant débuté par de l'urticaire et ayant été suivi d'un amaigrissement intense. Depuis, il ne persiste aucun symptôme.

Pas de troubles d'ordre endocrino-sympathique.

Pas de nervosité, pas de migraines.

Quelques douleurs articulaires sans caractères nets.

Pas d'affections cutanées.

Pas de troubles pulmonaires ni cardiaques.

A noter également une fièvre typhoïde à 17 ans ; à 19 ans, une affection cutanée très grave ? ayant nécessité une hospitalisation de 6 mois. Paludisme pendant le service militaire en Turquie.

Les parents seraient bien portants mais son père aurait perdu ses dents très jeune et sans carie.

Mère aurait un diabète léger sans dénutrition.

EXAMEN DU MALADE LE 30 FÉVRIER 1931.

Examen buccal — Actuellement rougeur diffuse des gencives, traînées violacées en regard des latérales supérieures droite et gauche, de la prémolaire inférieure droite et des incisives.

Du pus sourd au niveau de toutes ces régions. Toutes les dents sont touchées mais inégalement, maximum aux prémolaires supérieures et latérales.

Absence de G 4 et G 5 au maxillaire supérieur, extraites parce que trop mobiles. Pas de carie au maxillaire supérieur ni au maxillaire inférieur. Une seule dent obturée, g 5. Abrasion des incisives inférieures et de la face triturante des molaires.

Articulé normal.

Radiographie. — Raréfaction très marquée dans la région prémolaire inférieure gauche, par contre la région incisive inférieure n'est presque pas touchée, non plus que la région des centrales supérieures.

Grosse raréfaction également en regard des prémolaires inférieures droites.

Examen général. — Malade légèrement obèse. Poids 87 kilos, aurait engraisé d'une dizaine de kilos depuis 2 ans.

Cœur normal. T. A. 10-15. Pouls 80.

Poumons normaux.

Région hépato-vésiculaire légèrement douloureuse à la palpation. Le foie n'est pas augmenté de volume.

La limite supérieure est normale, le bord inférieur ne dépasse pas le rebord costal.

La rate n'est pas perceptible.

L'examen du système nerveux ne révèle rien de particulier.

Aucune lésion cutanée ni aucun trouble vaso-moteur ; ni varices, ni hémorroïdes. Pas de pigmentation.

Les phanères sont normaux.

Il n'y a aucun signe de dysthyroïdie.

Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise.

Examen de laboratoire. — La réaction de B.-W. négative.

Glycémie.....	1 gr. 12
Azotémie.....	0,40
Cholestérinémie.....	1 gr. 620

Métabolisme basal : 11,74 % au-dessous de la moyenne normale.

Temps de saignement : 4'.

Temps de coagulation : 12'.

Urines : ni sucre ni albumine.

Nous suivons le malade régulièrement depuis février, l'alvéolyse progresse mais assez lentement.

Les soins locaux sont peu efficaces.

Juillet 1931. — Azotémie : 0 gr. 40.

Un nouvel examen des urines montre une quantité considérable d'urobiline: des traces de glucose.

Octobre 1931. — Azotémie : 0 gr. 375.

Les urines qu'on a examinées régulièrement ont montré à certains moments des traces de glucose.

La glycémie n'a pu être refaite.

Observation N° 18 (Personnelle).

M. E... O., 23 ans, mécanicien pour dentiste, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 30 octobre 1931, pour alvéolyse discrète ayant apparue il y a environ 6 mois.

A cette époque, le malade, très observateur, s'aperçoit qu'il existe un petit abcès en regard de la première prémolaire supérieure droite. Il examine à ce moment là les autres dents et s'aperçoit qu'il existe une très légère suppuration à leur collet. Ni mobilité, ni douleur. Les traitements locaux n'ont amené jusqu'ici aucune amélioration.

M. E... est apparemment en très bonne santé. On ne note dans ses antécédents personnels aucuns troubles ni gastro-intestinal, ni hépato-biliaire.

Ni nervosité ni migraines.

Douleurs articulaires assez intenses depuis un an et demi surtout localisées aux grosses articulations, n'ayant jamais été accompagnées ni d'œdème ni d'impotence fonctionnelle.

Le malade rattache ces douleurs à une blennorragie contractée en mai 1930. Mal traitée au début, les signes persistant, on fait en août un massage de la prostate. C'est à la suite de ce massage qu'apparaissent les premières douleurs. Cette blennorragie est actuellement terminée (les différents examens n'ont pas permis de mettre en évidence du gonocoque).

Pas de rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance.

Pas d'affection cutanée, ni de lésions des phanères.

Aucun trouble ni pulmonaire, ni cardiaque.

Dans les antécédents héréditaires du malade on ne retrouve rien.

Ses parents sont parfaitement bien portants. Aucune affection de la série dite arthritique. Ils ont des dents en parfait état.

Rien à signaler non plus chez les collatéraux.

EXAMEN DU MALADE LE 30 OCTOBRE 1931.

Examen de la cavité buccale. — Gencives de couleur normale, un peu épaissies, mais surtout d'aspect granuleux, rétractées.

Suppuration très légère, les culs-de-sac sont très peu profonds et à peu près identiques dans les différentes régions.

On est d'ailleurs frappé par la généralisation des lésions.

Seule, D 4 est nettement plus mobile que les autres dents.

Absence de G 6. Toutes les autres sont saines.

Radiographie. — Raréfaction généralisée à tous les ponts osseux inter-dentaires.

Examen général. — Malade sportif, semble être en parfaite santé.

Cœur normal. T. A. 12-8. Pouls 64.

Poumons normaux.

Foie et rate sont également normaux.

Réflexes rotuliens et achilléens existent. Pupilles égales, pas de signe d'Argyll Roberston.

Aucune lésion cutanée. Pas de pigmentation.

Pas de troubles vaso-moteurs.

Pas d'hémorroïdes. Varicocèle.

Les cheveux et les ongles ne présentent aucune altération.

Il n'existe non plus aucun signe de dysthyroïdie.

Laboratoire. — B.-W. négatif.

Glycémie.....	0,880
Azotémie.....	0,300
Cholestérinémie	1 gr. 620

Métabolisme basal + 0,68 %.

Observation N° 19 (Personnelle).

Mme P..., 40 ans, sténo-dactylo, vient à l'hôpital Saint-Louis le 21 juin 1931 pour hémorragies gingivales et déviation très marquée de l'incisive centrale supérieure.

Depuis 10 ans déjà Mme P... a remarqué la fréquence des hémorragies et surtout l'existence d'une légère suppuration. Depuis, la mobilité des dents l'inquiète.

Mme P... est apparemment en bonne santé, ses antécédents sont cependant assez chargés, elle a fréquemment des alternatives de diarrhée et de constipation, elle a eu une appendicectomie, depuis 1922 elle éprouve des douleurs dans la région hépato-vésiculaire avec irradiations dans le dos.

Enfin en 1920 elle a subi une hystérectomie sub-totale pour salpingite bilatérale. Depuis l'intervention bouffées de chaleur, nervosité très marquée.

On ne retrouve aucune affection cutanée mais douleurs articulaires et musculaires depuis 5 ou 6 mois.

Aucun trouble ni cardiaque ni pulmonaire. Le mari de la malade est mort paralytique général. Elle a eu deux fausses couches, pas d'enfants vivants.

On ne note rien dans les antécédents héréditaires.

EXAMEN DE LA MALADE.

Examen de la cavité buccale. — Gencives rouges et tuméfiées avec maximum au niveau des incisives supérieures, la centrale droite se déplace et est très mobile. Culs-de-sac profonds et suppuration abondante en regard des molaires.

A l'examen radiographique raréfaction généralisée de toutes les zones inter-dentaires.

Examen général. — Poumons normaux.

Cœur normal. T. A. 7 1/2 12. Pouls 72.

Foie normal, légères douleurs dans la région hépato-vésiculaire point phrénique.

Rate non percutable.

Rien à l'examen du système nerveux.

L'examen cutané ne permet de trouver aucune lésion si ce n'est quelques varicosités à la face externe des deux cuisses.

Hémorroïdes peu marquées.

Pas de pigmentation.

Les phanères sont normaux

On ne retrouve pas de signes de dysthyroïdie.

Laboratoire. — Réaction de Bordet-Wassermann négative

Glycémie.....	1 gr. 65
Azotémie.....	0 gr. 42
Cholestérinémie.....	1 gr. 60

Métabolisme basal 10 % au-dessus de la moyenne normale.

Nous avons fait une nouvelle azotémie qui a été égale ment à 0,42.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif.

Observation N° 20 (Personnelle).

Mlle B..., 34 ans, est soignée dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis depuis 1 an environ.

Nous la voyons en novembre 1930.

L'alvéolyse n'est pas récente, depuis l'âge de 18 ans la malade a remarqué la mobilité et la suppuration.

Mais tous ces signes discrets autrefois se sont nettement aggravés depuis deux ans à tel point qu'aujourd'hui il a été nécessaire de ligaturer tout le groupe incisif supérieur et inférieur et le groupe molaire.

Mlle B... est actuellement bien portante. Mais en 1925 elle a été prise de nausées, de vomissements accompagnés de douleurs dans la région vésiculaire.

Depuis 1929 elle était traitée dans le service du Dr Faroy pour cholécystite calculeuse.

Les règles sont très abondantes et très longues, la malade est très nerveuse et très émotive. En 1922 à la suite d'un amaigrissement intense on aurait fait de l'électricité sur le corps thyroïde, Mlle B... aurait remarqué à ce moment-là la saillie plus marquée des globes oculaires.

Aucune lésion ni cutanée ni articulaire.

Mais perte des cheveux depuis 1922.

A noter encore une crise probable de colique néphrétique en 1927.

Aucun trouble ni pulmonaire ni cardiaque.

On ne retrouve rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires de la malade.

EXAMEN DE LA MALADE DU 16 NOVEMBRE 1930.

Examen de la cavité buccale. — Alvéolyse très avancée, les gencives rétractées, d'aspect peu inflammatoire, la supuration est peu abondante, les culs-de-sac étant peu profonds du fait du parallélisme entre les lésions osseuses et gingivales.

Toutes les dents sont d'une mobilité extrême et ne sont maintenues que grâce aux ligatures.

L'articulé qui était paraît-il normal est actuellement très modifié.

La langue présente une glossite exfoliatrice marginée.

Il n'y a pas de plaque de leucoplasie commissurale.

Examens radiographiques. — La fonte osseuse est totale et a frappé à la fois toutes les crêtes l'os restant présente une décalcification évidente.

Examen général. ~ Le cœur est normal. T. A. = 10,5-8.
Pouls = 72.

L'appareil pulmonaire ne présente rien de pathologique.

Le foie dépasse très légèrement le rebord costal, la région vésiculaire est encore douloureuse à la pression profonde.

La rate n'est pas perceptible.

Rien de particulier à l'examen du système nerveux.

On ne note pas de lésion cutanée.

Pas de pigmentation.

Raie rouge vaso-motrice cutanée persistante, les cheveux sont peu abondants et entièrement gris.

Les ongles sont normaux.

Le corps thyroïde est augmenté de volume surtout le lobe droit.

Il existe un tremblement manifeste des extrémités, enfin l'exophtalmie frappe dès l'abord elle aurait apparu il y a environ 10 ans.

Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise.

Laboratoire. — La séro-réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Glycémie..... 1 gr. 59

Azotémie..... 0 gr. 51

Cholestérinémie..... 1 gr. 92

Temps de saignement 4'

Temps de coagulation 12'

Le métabolisme basal est de 16 % au-dessus de la moyenne normale.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif.

Dans les urines nous n'avons trouvé ni sucre ni albumine.

Nous avons suivi régulièrement cette malade, nous avons fait une nouvelle azotémie qui est également de 0,51.

Le métabolisme basal a été répété 6 mois après le 1^{er}, il s'est montré de 15 % au-dessus de la moyenne normale.

ESSAI DE CLASSIFICATION ET DE PATHOGÉNIE

L'étude de nos observations va nous permettre de tenter une classification. Pour un premier groupe de malades (observations 1, 2, 3, 4, 5, 6,) il est indiscutable que le terrain arthritique reste au premier plan. Chez tous ces sujets nous avons retrouvé dans les antécédents héréditaires des affections de la série arthritique (diabète, lithiase, obésité, rhumatisme) l'hérédité paternelle et maternelle jouent également.

L'étude des antécédents personnels nous a permis quelquefois de retrouver des symptômes de la période prémonitoire angine à répétition, migraines, crises d'asthme, céphalées, vertiges. Les examens de laboratoire nous ont montré chez tous une azotémie un peu élevée, les chiffres oscillent entre 0.40 et 0,50. Nous avons souvent pu répéter ces examens après avoir conseillé un régime hypoazoté, nous avons retrouvé des chiffres supérieurs à la moyenne.

Les glycémies et les cholestérinémies sont à peu près normales. Cependant dans trois cas les cholestérinémies sont augmentées. Les quelques oxa-

lémies que nous avons demandées sont également au-dessus de la moyenne normale.

Quant aux examens d'urines chez deux de nos malades, nous avons découvert du glucose, mais la réaction n'est positive et le glucose n'est dosable qu'à certains moments, la glycémie n'est pas encore modifiée.

L'examen des urines nous a encore permis de mettre en évidence l'augmentation de l'urée, de l'acide urique, une quantité toujours considérable d'urobiline, l'augmentation des rapports urologiques.

Chez tous ces malades le métabolisme basal s'est montré normal. Enfin nous avons fait quatre intradermo réactions à l'huile cholesterinée saturée, trois de ces réactions ont été positives, c'est-à-dire que nous avons constaté le lendemain la persistance d'une papule rouge de la grosseur d'une lentille.

Enfin chez les malades où la cause de l'alvéolyse semble être dominée par la notion d'arthritisme nous avons cru remarquer une forme d'alvéolyse particulière; toutes les zones gingivo-dentaires sont également touchées, la participation gingivale est très importante; les gencives épaissies, granuleuses, violacées, la suppuration est abondante. Les lésions osseuses sont également étendues à tous les ponts inter-dentaires. Les différentes thérapeutiques locales ne semblent pas avoir une influence très grande sur l'évolution de la maladie qui s'est

montrée très rapide dans deux de nos observations.

Telles sont les caractéristiques de ces premières formes. Nous leur opposerons les malades du deuxième groupe (Obs. n° 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Là, aucun examen ne nous a permis d'objectiver la notion d'arthritisme, les différents dosages que nous avons fait nous ont donné des résultats normaux. Par contre, l'examen clinique nous a permis de retrouver la coexistence de symptômes vraisemblablement liés à un déséquilibre vago-sympathique.

Chez trois de nos malades nous avons noté l'existence d'acro-cyanose-sus-malléolaire, de varices. Chez presque tous des troubles vaso-moteurs persistants, des manifestations cutanées :eczéma (2 obs.), urticaire (3 obs.), psoriasis (1 obs.), vitiligo (2 obs.) chez deux de nos malades nous avons retrouvé dans les antécédents une pelade apparue au moment de la puberté.

Le reflexe oculo-cardiaque a été positif chez quatre de nos malades, inversé chez un, négatif dans les autres observations.

Enfin tous ces sujets ont un métabolisme basal très modifié ; cet examen a été répété toutes les fois qu'il nous a été possible.

Correspondant à ce groupe de cas nous avons cru également observer une forme très particulière d'alvéolyse.

Elle est localisée uniquement ou avec un maximum très net aux groupes incisifs supérieur et

inférieur. La participation gingivale est minime et si ce n'était la mobilité de la dent et la rétraction de la gencive on pourrait ne pas reconnaître l'alvéolyse à un examen rapide.

Les culs-de-sac sont peu profonds, la rétraction gingivale n'étant pas parallèle mais peu en retard sur la résorption osseuse. Les lésions osseuses correspondent aux lésions gingivales comme siège et intensité ; il ne nous a pas été possible de saisir si elles étaient plus marquées que dans notre premier groupe.

Aux termes de l'étude rapide de ce groupe d'observations nous avons été frappé par la coexistence d'alvéolyse, de troubles vaso moteurs, de manifestations cutanées : urticaire, eczéma, psoriasis, vitiligo, acro-cyanose sus-malléolaire, varices, et nous nous sommes demandé s'il n'existait pas entre elles une parenté indéniable, si elles ne dériveraient pas les unes des autres, en un mot si elles ne représentaient pas sur des tissus différents les effets d'une même cause pathogène.

Cette relation nous autorise à chercher aux unes et aux autres un substratum physiologique commun. Avant de faire un essai de pathogénie il est nécessaire de rappeler sommairement quelques notions de physiologie osseuse. Leriche et Policard, ont montré qu'un des rôles les plus importants est dévolu précisément aux troubles circulatoires.

Ils ont montré de plus que toute augmentation de l'activité circulatoire amène la raréfaction de l'os.

Par suite de cette ostéolyse, un grand nombre d'éléments phospho-calcaires sont mis en liberté. Ils restent dans le voisinage immédiat de l'os et imprègnent le tissu conjonctif voisin fournissant les conditions les plus favorables à l'édification de l'os nouveau. Au niveau des maxillaires ce mécanisme explique peut-être pourquoi les éléments phospho-calcaires mis en liberté dans l'impossibilité de former de l'os nouveau *in situ* à cause de la suppuration, vont imprégner le conjonctif voisin constitué par la pulpe qui à son tour aidera à l'édification d'une dent chargée de calcaire ; l'antagonisme entre la carie et l'alvéolyse que nous avons ainsi constaté trouverait peut-être là une explication. En somme donc les troubles circulatoires expliqueraient pour une part importante la résorption osseuse, il serait séduisant d'inférer les troubles circulatoires cutanés à ces troubles circulatoires osseux.

Mais il faudrait auparavant que soit démontrée la solidarité physiologique de la peau et du système nerveux, ensuite la nature circulatoire des manifestations cutanées.

L'étude de la solidarité des circulations capillaires est intéressante ; tous les travaux sur la physiologie et la pathologie des capillaires s'accordent à admettre que les capillaires profonds et en particulier les capillaires du tissu osseux sont soumis aux mêmes influences que les capillaires de la peau. Toutes les perturbations qui se manifestent

dans la circulation de la peau ont leur reflet dans le régime circulatoire de ce tissu conjonctif différencié qu'est le tissu osseux. Nous avons vu la fréquence dans nos observations de la coexistence avec l'alvéolyse de lésions cutanées.

Quant à ces manifestations cutanées si elles reconnaissent à la base un trouble circulatoire le mécanisme qui le produit n'est pas toujours le même ; tantôt dû à une perturbation de l'équilibre vasomoteur, tantôt à l'atteinte des parois endothéliales elles-mêmes. Le résultat est identique, il aboutit dans les deux cas à des troubles de la circulation sanguine et ces perturbations paraissent les agents directs et immédiats des manifestations cutanées et osseuses.

Telles sont les quelques notions de pathogénie qu'on peut esquisser au sujet de ces formes.

Il ne nous reste plus à envisager qu'un troisième groupe de malades à allure complexe. On trouve chez eux d'une part l'empreinte de la diathèse arthritique dans les antécédents héréditaires et personnels, les examens de laboratoire : Azotémie au-dessus de la normale dans quatre Observations.

Uricémie 2 fois augmentée. — augmentation de l'urée et de l'acide urique dans l'urine.

On trouve également l'association de lésions cutanées, des modifications du réflexe oculo-cardiaque.

Le métabolisme basal est très modifié.

L'alvéolyse ne revêt alors aucun caractère parti-

culier, elle est généralisée sans que nous ayons pu apprécier la participation gingivale. Ce sont ces observations qui nous permettent d'atténuer la schématisation volontaire et par trop grande que nous avons tentée, en réalité toutes les causes, en apparence opposées, se rejoignent pour concourir au même but.

« Les questions les plus difficiles à traiter, disait Maurice Raynaud des 1869, sont surtout les questions les plus vagues, celles qui, mal posées, soit par suite de malentendus séculaires soit par la nature même des choses et par l'insuffisance des données les plus essentielles semblent destinées à être un sujet d'éternelles controverses ; le vague est le meilleur indice des lacunes et de l'imperfection de la science ».

Nous avons essayé d'apporter quelques précisions étiologiques sur l'alvéolyse, elles restent encore bien vagues, nos recherches ultérieures nous permettront peut-être de les préciser.

CONCLUSIONS

I. — L'alvéolyse (polyarthrite alvéolo-dentaire) dont l'élément anatomique premier est la fonte du tissu osseux alvéolaire n'est pas une maladie locale mais le témoin de troubles parfois complexes de l'état général;

II. — S'il est facile de rattacher l'alvéolyse à sa cause lorsqu'elle survient au cours d'états pathologiques bien définis, il est beaucoup plus difficile d'en préciser l'étiologie quand elle survient chez des individus en parfaite santé apparente;

III — L'étiologie est alors dominée, pour la majorité des auteurs, par la notion de diathèse arthritique;

IV. — Nos observations d'alvéolyse chez des malades jeunes et apparemment en bonne santé nous ont permis de découvrir chez tous des troubles de divers ordres, ce qui nous a autorisé à faire un essai de classification;

V. — Dans un premier groupe de malades la diathèse arthritique est évidente, mise en lumière par l'étude des antécédents héréditaires et personnels, les examens de laboratoire, elle semble seule en

cause. Une forme particulière d'alvéolyse s'y rattache : généralisée avec lésions gingivales importantes, à marche rapide ;

VI. — Dans un deuxième groupe de malades la diathèse arthritique ne peut être mise en valeur, par contre, l'examen clinique découvre l'association fréquente de troubles endocrino-sympathiques.

Le métabolisme basal est constamment modifié : une forme particulière d'alvéolyse localisée aux groupes incisifs supérieur et inférieur sans grosse participation gingivale ;

VII. — Dans un dernier groupe de malades l'étiologie est complexe. On trouve à la fois la marque de l'arthritisme et du système endocrino-sympathique. Ce sont ces observations qui nous permettent de faire la synthèse et d'entrevoir le grand nombre de maladies responsables de l'alvéolyse. En un mot toutes celles susceptibles de modifier l'équilibre humoral soit par libération ou apport de substances nocives, soit par précipitation de celles qu'on trouve normalement.

Nous avons tenté un essai de pathogénie pour en analyser le mécanisme intime.

Vu : le Président de thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Blum, Delorville et Van Caulaert* — Rapports entre les phénomènes d'ossification et de calcification et l'état physico-chimique du sang (Paris Médical, 1925).
- Châtelier (J.) et Kutner.* — Quelques mots sur un cas d'alvéolyse localisée (Revue de stomatologie, 1930).
- Citron (J.)* (de Berlin). — La paradentose dans ses relations avec des affections générales (Congrès suisse d'Odontologie, Genève, mai 1931).
- Coste (F) et Lacapère (J.).* — Grands syndromes du rhumatisme chronique des jointures. Les arthrites (Presse Médicale, 11 mars 1931).
- Les arthroses (Presse Médicale, 21 mars 1931).
- Dalsace et Guillaumin.* — Influence de la castration ovarienne sur le métabolisme du calcium et du phosphore (Journal Médical Français, mars 1928).
- Delatter.* — 40 cas de pyorrhée (Revue de Stomatologie, 1926 ; Revue de Stomatologie, 1927, p. 654 ; Revue d'Odontologie, mai 1927, p. 377 ; Revue de Stomatologie, juillet 1929, p. 380).
- Ferrier (André-Pierre).* — De l'influence des glandes endocrines sur le système dentaire. Thèse Paris, 1931.
- Fichot* — Equilibre vasculo-sanguin (Revue de Stomatologie, 1921, p. 442).
- Traumatismes articulaires. Alvéolaclasia et pyorrhée (Revue de Stomatologie, novembre 1927).
- Frey.* — La pyorrhée alvéolaire et le terrain (Revue d'Odontologie, décembre 1906).
- Os, dents, calcification et décalcification (Revue de Stomatologie, 1928).
- Guillaume.* — Sympathique et systèmes associés. Paris, 1921.

- Kritchevsky (Bernard)*. — Quelques précisions sur l'antagonisme de la carie et de l'alvéolyse. Thèse Paris, 1931.
- Laiguel-Lavastine* — Pathologie du sympathique.
- Leriche (R.)*. — Mécanisme de production des hydarthroses et des arthrites traumatiques (Presse Médicale du 20 juin 1928).
- Recherches sur le rôle de l'innervation sensitive des articulations et de leur appareil ligamentaire dans la physiologie pathologique articulaire (Presse Médicale du 26 mars 1930).
- Lévy (Léopold)*. — Glandes endocrines et arthritisme.
- Du métabolisme basal. Sa valeur en particulier dans les affections thyroïdiennes (La Clinique, janvier 1931).
- Loeper et Debray*. — L'arthritisme. Maladie précipitante (Journal Médical français, mai 1927).
- Noyes Raymond*. — Rapports entre les changements de l'équilibre acido-basique du sang et la pyorrhée alvéolaire (The Penn Dental Journal, nov. 1930).
- Omnès*. — Contribution à l'étude de la pyorrhée alvéolaire. Thèse Paris, 1929.
- Policard*. — Les mécanismes physiologiques fondamentaux de la substance osseuse (Journal Médical français, octobre 1927).
- Rathery et Violle (G.-L.)*. — Recherches sur l'acide urique et le calcium particulièrement au cours de divers états gouteux et rhumatismaux (Presse Médicale, 25 août 1928).
- Régis Bazin*. — Thèse Lyon, 1926.
- Retterer*. — Des conditions de la pyorrhée (Semaine dentaire, p. 827, 1929 ; Revue de Stomatologie, 1924, p. 385).
- Rousseau-Decelle*. — Quelques considérations sur le rôle probable du système endocrino-sympathique dans la pathologie bucco-dentaire. Influences utéro-ovariennes (Revue de Stomatologie, 1925).
- Roy*. — Pyorrhée alvéolaire (Etiologie et pathogénie) (Revue de Stomatologie, 1927, p. 372, Revue d'Odontologie, 30 avril 1919, 30 juillet 1919, 30 décembre 1927).
- Ruppe*. — La pyorrhée alvéolaire (Presse médicale, 16 septembre 1925).
- Sauvez*. — La pyorrhée alvéolaire (Monde médical, 1924).
- Tellier*. — La pyorrhée alvéolaire, 1912.

- Le périodante tissu mixte couplé conjonctivo-épithélial
(Revue de Stomatologie, 1924).

Weil (Mathieu-Pierre). — Ce qu'on appelle le rhumatisme (La
Médecine, décembre 1930).

Weissmann Netter. — De l'équilibre acide base du sang. Thèse
Paris, 1925.

